MODULO 1\_ SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, NELLE SEZIONI PRIMAVERA E NEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

| CERTIFICATO MEDICO   |
|--|
|  |
| Cognome Nome   |
| Nata/o il CODICE FISCALE   |
| Patologia cronica  |
| Descrivere i segni/sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco, in modo tale da escludere ogni<br>discrezionalità tecnica da parte di personale scolastico/educativo, cui non sono richieste competenze/funzioni sanitarie. |
| Farmaco (nome commerciale) Quando somministrarlo   |
| Dosaggio e modalità di somministrazione  |
| Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo)  Modalità di conservazione   |
| Farmaco (nome commerciale)  Quando somministrarlo  |
|  |
| Dosaggio e modalità di somministrazione  |
| Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo)  |
| Modalità di conservazione  |
| Recapito telefonico del medico  Timbro e Firma   |
|  |

Data